



UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTÉ DE MÉDECINE

Lane Medical Library

CLINIQUE MÉDICALE
DIRECTEUR : PROF. M. ROCH

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A RETARDEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR
LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PHILIPPE KASSAB

Al-Abadieh (Liban)

UNIVERSITY OF MEDICINE
MAR - 5 1931
LIBRARY

GENÈVE

IMP. DU JOURNAL DE GENÈVE, RUE GÉNÉRAL-DUFOUR, 5-7

1929

THÈSE N° 1321

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTÉ DE MÉDECINE



CLINIQUE MÉDICALE

DIRECTEUR : PROF. M. ROCH

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

A

RETARDEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR
LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PHILIPPE KASSAB

Al-Abadieh (Liban)



GENÈVE

IMP. DU JOURNAL DE GENÈVE, RUE GÉNÉRAL-DUFOUR, 5-7

1929

THÈSE N° 1321

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le Professeur M. Roch, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 11 décembre 1929.

LE DOYEN :

M. ROCH.

Au commencement de ce travail, nous tenons à dire à notre Maître, Monsieur le Professeur Roch, toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a montré pendant nos années d'études et le travail de notre thèse.

A ma Femme bien-aimée,

*avec ma plus grande affection
et ma plus vive admiration.*

*A la mémoire de ma mère
et de ma soeur (Wadiha).*

*A Monseigneur Emmanuel Pharis,
Archevêque Maronite au Caire.*

*A Monsieur et Madame Bachotet,
mes Beaux-parents.*

A ma Grand'mère.

*A Monsieur et Madame N. Medawar,
mes Oncle et Tante.*

*A Monsieur Chicri Medawar,
mon Oncle.*

A mes Frères et Soeurs.

La fièvre typhoïde à retardement

La période de la fièvre typhoïde qui nous intéresse dans notre travail est celle du début ou période d'ascension de la température. Les différentes formes de la fièvre typhoïde décrites par certains auteurs nous montrent que cette période n'est pas toujours typique et que sa durée peut être très diverse.

Pour éviter de confondre la période d'incubation (qui est souvent variable) avec celle du début, nous rappelons que pendant la durée de l'incubation le malade se plaint de malaise général, de diminution des forces et d'une légère céphalalgie. La température fébrile pendant la période d'incubation est très exceptionnelle. Nous citerons dans notre travail un cas sur ce sujet. Quant à la durée de cette période, nous trouvons qu'elle est bien variable. Le Professeur A. Chantemesse qui a eu la fièvre typhoïde pendant qu'il remplissait ses fonctions d'interne chez le Professeur Dieulafoy au mois de novembre 1896 (voir Traité de méd. vol. II) a constaté qu'il avait, pendant 48 jours, des malaises, des courbatures, de la céphalalgie et ce n'est qu'après cette longue période d'incubation qu'une fièvre légère est arrivée.

Nous décrirons maintenant toutes les formes du début de la fièvre typhoïde typiques et atypiques signalées par les auteurs et ensuite ce que nous appelons la fièvre typhoïde à retardement.

La période normale du début s'annonce par des douleurs musculaires, de l'inappétence, de la lassitude, des vertiges, de l'insomnie, une fièvre légère et parfois des épistaxis. Les produits solubles élaborés par le bacille ont commencé leur œuvre d'intoxication. Cette période est rarement brusque et s'annonce par des phénomènes protéiformes qui rendent le diagnostic difficile. La durée de cette période varie de 7 à 10 jours. Cette forme de début traduit l'ensemble des actions et des réactions subies par un organisme normal sous le coup d'une infection de moyenne intensité.

Le typhus ambulatorius. (Griessinger) (voir A. Chantemesse, Traité de médecine, vol. II) ne présente pas de période distincte, les sujets se sentent si peu malades qu'ils continuent à marcher ; cependant ils sont pâles, peu dispos ; ils souffrent de la tête et des membres ; ils dorment mal, ils ont parfois des coliques, de la diarrhée. Le malade reprend peu à peu ses forces et revient à la santé en 4 ou 5 semaines.

Le typhus levissimus ou fièvre typhoïde abortive ou typhoïdette (voir Kelsch et Kiener, Traité des maladies des pays chauds), est une des formes fréquentes de la fièvre typhoïde, plus fréquente même qu'on ne le croit puisqu'elle est parfois méconnue. Elle est caractérisée par la brusquerie de la période du *début*. Rarement précédée de céphalalgie depuis la veille, elle débute par des frissons, des douleurs dans les membres, une céphalalgie intense et quelquefois du délire et des bourdonnements d'oreille. Dès le deuxième jour, la température atteint 39,5 à 40 et le pouls est fréquent, dicrote.

Dans la *forme apyrétique*, (voir Ortiz, thèse de doctorat Steinheil), la période du début n'est pas bien distincte, car en dehors de tout phénomène de Collapsus, la température reste normale ou au-dessous de la normale pendant toute la durée de l'infection ; celle-ci ne s'accompagne d'un mouvement fébrile que d'une façon essentiellement transitoire ou par suite d'une complication. Le point remarquable ici, c'est que tout, sauf la fièvre, évolue comme dans la dothiéntérie ; même état général, mêmes troubles intestinaux, mêmes taches rosées. Les différentes étapes de la maladie sont confondues et difficiles à séparer nettement, car l'évolution de la température, qui dans les cas ordinaires est le meilleur point de repère, reste ici dans les limites uniformément normales.

La forme septicémique (décrite par Thue-Norsk-Magoz for Loegevidenskaben, 1889, p. 272, Christiana).

Le début est brusque et s'annonce par des accidents graves en dehors des lésions ordinaires des organes lymphoïdes de l'intestin. La céphalalgie est intense, douleurs lombaires très vives, excitation cérébrale et fièvre élevée (40). Ces symptômes du début, auxquels s'ajoute une épistaxis très abondante, persistent les jours suivants, sans modifications. Puis surviennent le coma vigile avec insensibilité complète, la contracture de la nuque et des muscles du pharynx.

La typhoïde sudorale à forme bénigne (voir Borelli et Jaccourd, Semaine médicale 10 fév. 1897, et La fièvre typhoïde à forme bénigne par Layré Dufaux A., thèse de Montpellier 1899).

Cette forme de l'infection typhique est assez fréquente en Italie, mais rare en France et en Suisse, elle est caractérisée par quelques signes particuliers, la fièvre présente plusieurs paroxismes quotidiens, suivis de sueurs profuses, les symptômes abdominaux et broncho-pulmonaires sont presque nuls. La période du début passe presque inaperçue ou est méconnaissable. Layré-Dufaux de Montpellier dit que la maladie débute assez brusquement, le malade se sent tout à coup arrêté au milieu de ses occupations par un malaise, une gêne dans ses fonctions vitales. C'est d'abord avec ces premiers signes de morbidité, une céphalée violente avec courbature générale. Ces deux

symptômes sont toujours constants, il est bien rare qu'on signale leur absence. A l'abdomen, le ventre est tendu, ballonné, la douleur dans la fosse iliaque droite ne s'accuse que sous une pression assez forte et le gargouillement que l'on n'observe pas toujours dans la typhoïde vulgaire, se montre rarement dans cette forme. C'est du reste un des signes sur lesquels le médecin doit le moins se baser. La durée de cette période dans cette forme sudorale, est de neuf à dix jours.

La forme adynamique débute par un abattement de tout l'être et une mollesse excessive du pouls. L'état typhoïde est très accusé ; la stupeur profonde, la diarrhée abondante.

Les formes ataxique et ataxo-adynamique décrites par Chantemesse, se caractérisent dès le début par une fièvre intense, un délire précoce, violent, accompagné d'hallucination. Le malade crie, a des soubressauts des tendons, quelquefois des convulsions partielles ou générales.

Les formes hémorragiques et foudroyantes ; le début dans la première se caractérise par l'altération du sang ; des hémorragies apparaissent dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou se font jour par l'intestin. Le début de la forme foudroyante est violent et rapide, la température monte aussitôt à 40 et au-dessus.

Il nous reste à présent de présenter notre forme que nous appelons la fièvre typhoïde à retardement et voici nos cas :

Obs. No. 1131/29. — V. Maria, une jeune fille serbe de 18 ans, n'ayant jamais été malade antérieurement. Elle arrive de Serbie le 17 septembre avec sa sœur Biserka, après six jours de voyage.

Biserka a fait une fièvre typhoïde typique prise sans aucun doute dans les Balkans. Quand elle arrive ici elle a de la diarrhée, des maux de tête, des vertiges, des frissons, des courbatures. Le 18 septembre à midi, elle a 40° et c'est ce jour là qu'elle entre à l'Hôpital. L'hémoculture positive donne du bacille d'Eberth.

Marie dont le cas nous intéresse entre à l'Hôpital le 24 septembre après avoir eu des malaises, de la diarrhée et une légère température.

On voit une jeune fille gaie, d'aspect absolument bien portant. On ne note ni grosse rate, ni gargouillement de la fosse iliaque, ni taches rosées, ni râles de bronchite, ni prostration. Bref rien si ce n'est la diarrhée, le pouls à 104, 116, la température à 38,2 le soir.

L'examen de sang montre :

Hémoglobine	80%
globules rouges	4.000.000
globules blancs	6.500
dont polynucléaires	66%
lymphocytes	31%
grand mononucléaires	3%

Une séro agglutination pratiquée le 24 septembre donne déjà un résultat positif pour l'Eberth à 1/40 et une culture de sang du 26 septembre montre du bacille d'Eberth.

C'est donc une fièvre typhoïde et les circonstances permettent de supposer qu'elle a été prise vers le premier septembre dans les Balkans en même temps que celle de sa sœur.

Quoi qu'il en soit, et ceci est le point intéressant, la fièvre typhoïde prouvée par l'hémoculture du 26 septembre est restée latente à peu près jusqu'au 23 octobre, soit pendant 28 jours.

Le 3 octobre l'agglutination négative pour le para A et B est positive au 1/30 pour l'Eberth. Il en est de même le 10 octobre.

Le 21 octobre la recherche du bacille d'Eberth dans les selles est négative. Pendant toute cette longue période, l'état général est demeuré fort bon, la température est montée parfois à 38, 38,1, mais elle a souvent été parfaitement apyrétique ; le pouls est généralement resté rapide 80, 90, parfois 100.

Le 22 octobre le pouls est à 130, le 24 octobre la température monte à 38,9, le 26 octobre à 39,8, le 28 octobre à 40,1.

A partir de ce moment l'évolution de la maladie se continue tout à fait normalement.

Le 25 octobre l'agglutination se fait au 1/40. On note le 26 le gargouillement iliaque, la grosse rate, la prostration. Le 30 octobre l'agglutination se fait au 1/50 et l'hémoculture est encore positive. Le 4 novembre l'agglutination ne se fait plus qu'à 1/30 ; le 16 novembre elle se fait à 1/60.

Le 17 novembre prostration avec une hémorragie intestinale modérée.

Le 19 novembre, température très élevée avec prostration, délire et langue sèche.

Le 21 novembre on a pratiqué l'examen du sang :

Hémoglobine	50%
globules rouges	2.660.000
globules blancs	3.900

Le 24 novembre, dans l'après-midi, on trouve le pouls filant. On a l'impression que la malade exitera d'un moment à l'autre. Une transfusion de 300cc. (sang donné par la sœur convalescente de fièvre typhoïde) ranime un peu la malade. Pendant la nuit exitus.

Obs. No. 1149/27. — Mademoiselle M. P., employée parisienne, âgée de vingt-cinq ans, se plaignant de fatigue et de dyspepsie est, en septembre 1927, envoyée de Paris dans un village de Haute-Savoie pour y faire une cure d'air et de repos. D'assez nombreux cas de fièvre typhoïde se sont déclarés dans la région durant ces dernières années et, quelques semaines auparavant, une dame séjournant dans la pension où descendit notre malade,

avait été atteinte d'infection éberthienne. C'est dire que dès le début des accidents, on pense à une typhoïde et qu'on en cherche attentivement les symptômes.

Notre malade commence sa villégiature le 3 septembre. Elle se fait du bien. Cependant, le 1^{er} octobre, elle éprouve des sensations de froid, de fatigue et des céphalées. Le soir du 3 octobre, elle a mal à la nuque et elle s'alite avec 38,2 de température. Les jours suivants, la température monte plus encore le soir et les 6 et 7 octobre elle atteint jusqu'à 39,7 et 39,8. La malade est constipée, elle a de l'insomnie, pas de courbature. Le médecin traitant pense qu'elle est atteinte de grippe. Un confrère appelé en consultation soupçonnant la dothiéntérie conseille de la diriger sur l'Hôpital Cantonal de Genève. Elle y arrive le 15 octobre. Elle est presque apyrétique depuis huit jours, mais sa température ne présente pas les oscillations diurnes typiques : elle est souvent aussi élevée, parfois même plus élevée le matin que le soir, ce qui donne au graphique une allure particulière à laquelle le qualificatif de « brouillée » nous paraît convenir.

C'est une jeune femme un peu amaigrie, pâle, ne présentant pas de rougeur dans la gorge, pas de taches rosées, pas d'enduit nacré des gencives. La langue est un peu chargée, l'appétit médiocre. L'abdomen est souple. On produit quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite qui est un peu sensible à la pression, de même que la région vésiculaire. Le foie n'est pas augmenté de volume ; l'épigastre est indolore. La rate est percutable sur 4 travers de doigt. Le pouls est à 80, régulier ; la pression de Mx 9, Mn 5.

À l'examen du cœur, de l'appareil respiratoire, du système nerveux, des urines, on ne fait pas de constatations pathologiques (pas d'urobilinurie en particulier).

La pâleur incite à pratiquer un examen de sang :

Hémoglobine	70% (Talquist)
globules rouges	4.769.000
globules blancs	6.300
dont lymphocytes	52
grands mononucléaires	4
polynucléaires	44

L'urée du sang est de 0,33%.

Le Bordet-Wassermann est négatif. Quant à la réaction de Widal, négative pour les paratyphiques A et B, elle donne une réponse très peu catégorique pour le bacille d'Eberth.

Agglutination au 1/10 en 18 minutes... positive.

Agglutination au 1/20 en 30 minutes... légère.

Agglutination au 1/30 en 60 minutes... incomplète.

Une hémoculture pratiquée le 17 est négative.

Dans les selles mises en culture, on trouve du coli et pas de bacille d'Eberth.

Ces constatations sanguines s'ajoutent au peu d'intensité de la fièvre, orientent du côté d'une bacilliose torpide. On voit en effet à l'écran quelques ganglions médiastinaux un peu trop développés à droite, et un sommet gauche qui s'éclaire un peu moins bien que le droit. Cependant la température tend à dépasser 38. Un nouvel examen du sang (21 octobre) donne :

	Hémoglobine	85% (Sahli)
	globules rouges	4.320.750
	globules blancs	6.037
dont	lymphocytes	44%
	grands mononucléaires	72
	polynucléaires	53
	myélocytes	1

Une séro-agglutination pratiquée le 24 n'est pas plus concluante que la précédente.

La température est maintenant nettement fébrile, le pouls se maintient autour de 90 par minute.

Le 31 octobre, on remarque que les urines sont très foncées. Elles contiennent des traces d'albumine, beaucoup d'urobiline, pas de pigments biliaires normaux, ni de sels biliaires. La diazo-réaction est négative.

Le 1^{er} novembre, la réaction de Widal est catégoriquement positive. L'agglutination se fait :

Au I/10	en.	5 minutes
Au I/20	en.	10 »
Au I/30	en.	12 »
Au I/40	en.	15 »
Au I/50	en.	20 »
Au I/60	en.	25 »
Au I/70	en.	30 »
Au I/80	en.	35 »
Au I/100	en.	1 heure (incomplète)

En même temps, l'hémoculture est positive. Elle donne du bacille d'Eberth.

Le 2 novembre, on remarque du subictère des conjonctives. Dans les urines les réactions du Gaïac, celle du Hay, de Gmelin, de Trousseau, sont négatives ; il y a des traces d'albumine et beaucoup d'urobiline. On commence les bains. La température est au-dessus de 39 ; la malade est prostrée.

Le 4 novembre, la température dépasse 40 ; l'ictère fonce. Les urines très foncées contiennent toujours beaucoup d'urobiline, de l'albumine, (4/00) et des cylindres granuleux.

Le 5 novembre, l'état général est mauvais, la faiblesse grande. Des taches rosées apparaissent nombreuses. La jaunisse est très accusée. Les selles restent colorées.

Le 7 novembre, état ataxo-adyynamique avec secousses musculaires, quelques râles sous-crépitaux à la base droite.

Un examen de sang donne :

Hémoglobine	30%	(Sahli)
globules rouges	2.210.000	
» blancs	12.750	
plaquettes sanguines	300.809	
dont lymphocytes	38	
mononucléaires jaunes	4	
polynucléaires	58	

Il y a une forte anisocytose, polychromatophilie. Dans les globules rouges on trouve des granulations basophiles ; parfois quelques restes de noyaux ; il y a des normoblastes.

Résistance globulaire R Mn : 0,64 ; R. Mx : 0,20. Les globules lavés donnent R. Mn : 0,56 ; R. Mx : 0,20.

Urée du sang : 0,46%.

Le 8 novembre, on pratique une petite transfusion de 100cc. une heure après, la malade est prise d'angoisse, de dyspnée, le pouls est filant.

Le 9 novembre, la température du soir dépasse toujours 40. L'hémoculture est encore positive et donne du bacille d'Eberth. La séro-agglutination toujours négative pour les para A et B, donne un résultat légèrement plus rapide que celui du 1^{er} novembre.

Le 10 novembre, l'ictère hémolytique et l'anémie consécutive paraissant s'aggraver encore, on pratique une nouvelle transfusion de 40cc. Une heure après, frisson intense, pouls filant.

La température qui était à 37,8 monte brusquement à 40,3 pour redescendre aussi brusquement à 36,8.

Depuis ce moment, la malade est devenue presque complètement apyrétique ; jusqu'au 8 décembre, date à laquelle on peut faire débiter la rechute, le thermomètre n'a atteint que trois fois 38 ; on constate cependant que les oscillations quotidiennes ne sont pas normales, ce qui donne au graphique l'aspect « brouillé ». L'état reste inquiétant néanmoins, l'ictère est toujours intense. Il y a du délire, de l'agitation, des secousses et du tremblement de tout le corps.

Un examen de sang du 11 novembre donne :

Hémoglobine	35%	
globules rouges	2.150.000	
globules blancs	3.900	
dont polynucléaires segmentés	24	
polynucléaires non segmentés	44	(68%)
lymphocytes	32%	

Il y a 6% de normoblastes.

Le 15 novembre, l'ictère a notablement diminué ; pourtant un nouvel examen de sang montre que la réparation n'est point encore efficace.

Hémoglobine	30% (Sahli)
globules rouges	2.000.000
globules blancs	5.550
dont polynucléaires à noyaux segmentés	22
polynucléaires non segmentés	23
polynucléaires jeunes	16 (61%)
lymphocytes	36%
mononucléaires	3%

Il y a 4% de normoblastes.

La résistance globulaire est, soit pour les globules lavés, soit pour les non lavés de R. Mn : 0,50 ; Mx : 0,20.

Le 19 novembre, la température est entre 37,4 et 37,6. Il n'y a plus que des traces d'albumine dans l'urine qui ne contient plus d'urobiline.

Le 21 novembre, un examen de sang donne :

Hémoglobine	38% (Sahli)
globules rouges	2.350.000
globules blancs	6.400
polynucléaires segmentés	23
polynucléaires non segmentés	12
polynucléaires forme jeune	15 (50%)
dont monocytes	2%
myélocytes	1%
lymphocytes	47%

Il n'y a plus de normoblastes ; l'anisocytose, la poikilocytose, la polychromatophilie sont en diminution.

Il n'y a plus d'ictère et les muqueuses sont plus rosées. L'état général s'améliore.

Le 29 novembre, il y a 46% d'hémoglobine et 3.430.000 globules rouges.

Il y a un peu de constipation mais l'état général reste bon. Cependant, le 8 décembre, le thermomètre marque 38,1 et le 12, 38,6.

Ce jour-là le sang donne :

hémoglobine	60%
globules rouges	3.940.000
globules blancs	4.200
plaquettes sang.	100.000
temps de coagulation	10 minutes
temps de saignement	3 »

Parmi les globules blancs, il y a :

polynucléaires segmentés	32	
polynucléaires non segmentés	25	57%
mononucléaires	4%	
lymphocytes	39%	

Résistance globulaire pour globules lavés et non lavés :
R. Mn : 0,48 ; R. Mx : 0,20.

La rechute de son coma le 16 décembre, la température atteint 39.

La malade guérit bien de cette rechute, mais la convalescence fort longue ne lui permet pas de quitter l'Hôpital avant le 8 mars 1928.

Le diagnostic de fièvre typhoïde ne peut être mis en doute. Celui d'ictère hémolytique non plus. La jaunisse sans décoloration des selles, avec urobilinurie et absence de sels biliaires dans les urines, la diminution de la résistance globulaire, l'anémie intense, sont tout à fait caractéristiques. Disons seulement ici que cette éventualité de l'ictère hémolytique dans le cours de la dothiéntérie a déjà été signalée, mais que c'est une rareté.

La température élevée de la période d'incubation nous retiendra davantage.

Le diagnostic de grippe, qui avait été émis comme explication provisoire ne saurait être retenu. Il n'y a eu aucun symptôme grippal, ni courbature, ni angine, ni localisation pulmonaire. Il n'y avait pas à ce moment d'épidémie de grippe. Penser à une fièvre tuberculeuse est une supposition qui ne repose que sur des constatations radiologiques fort peu accusées et qu'infirmes l'évolution subséquente.

Nous avons vu plusieurs fois de petites poussées fébriles qui paraissent coïncider avec l'introduction du virus éberthien dans l'organisme, marquant ainsi le début de la période dite d'incubation. Cette poussée est suivie généralement d'une anomalie de la température, sur laquelle on a insisté ; anomalie caractérisée par la suppression des oscillations diurnes normales du thermomètre. Cette période dure une à trois semaines.

Sur le graphique qui concerne notre malade, on voit très bien, après la première poussée fébrile, entre le 15 octobre et le 20 octobre, la courbe « brouillée » sur laquelle nous avons déjà insisté.

Notons ici qu'on retrouve cette courbe brouillée entre la première défervescence et le début de la rechute. Elle est particulièrement typique entre le 17 et le 23 novembre. A notre avis, il y a là un indice que la guérison ne peut être considérée comme acquise et que la rechute est à craindre.

On peut facilement comparer avec la température de janvier qui montre des oscillations quotidiennes normales.

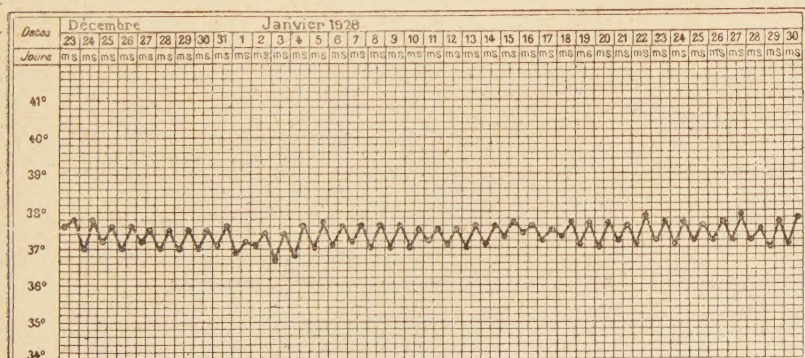
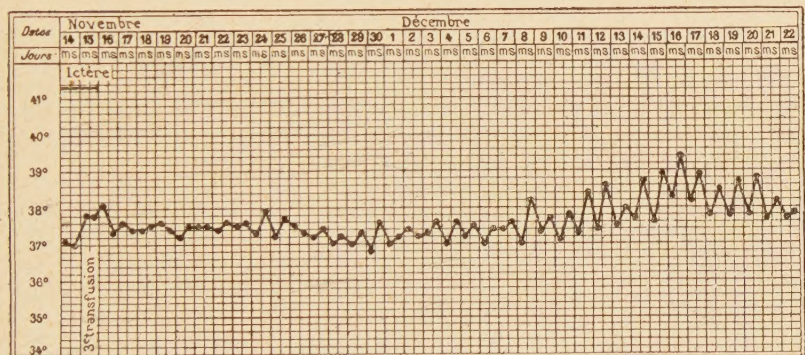
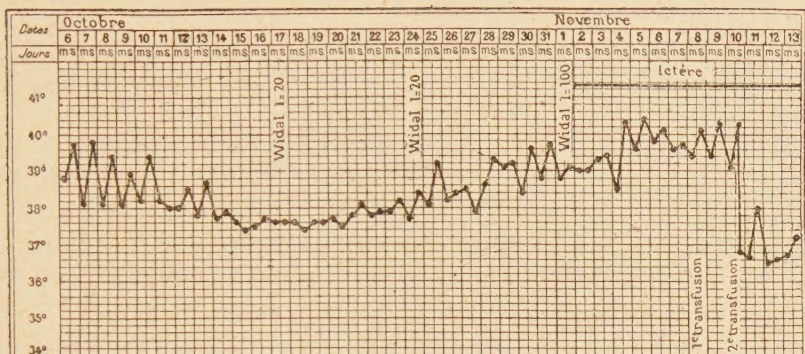
L'effet de la seconde transfusion est fort curieux. Pratiquée pour lutter contre la déglobulisation elle a eu un effet inattendu sur l'allure de la fièvre typhoïde. Elle a provoqué une crise avec défervescence brusque agissant ainsi de même que parfois des injections de métaux colloïdaux ou de protéisme hétérogènes. Nous avons eu des résultats semblables d'injections de caséine Roche (soluprotine) et d'injections de lait. Le sang transfusé a-t-il introduit des anticorps spécifiques ou n'a-t-il agi qu'en provoquant un choc protéinique ? Nous inclinons à admettre la deuxième explication. En effet le donneur de la première transfusion était un interne vacciné contre la typhoïde, le donneur de la deuxième transfusion était une femme non vaccinée et n'ayant vraisemblablement jamais eu d'infection éberthienne.

CONCLUSIONS

La marche de l'affection dans notre première observation répond à celle de certaines formes ambulatoires qui finissent tout de même par aboutir à une période où les grands symptômes s'accusent et où le malade est obligé de s'arrêter. Je ne crois pas que notre premier puisse être considéré comme présentant une incubation prolongée ; l'hémoculture positive du 26 septembre est là pour montrer que la septicémie éberthienne existait au moins 28 jours avant le début des accidents nettement pathologiques. Dans le deuxième cas nous n'avons pas de preuve péremptoire que la maladie a vraiment débuté au début d'octobre, soit trois semaines environ avant le commencement clinique de la dothientherie. Il est à remarquer cependant que cette jeune fille a eu pendant 5 ou 6 jours une température élevée qu'il n'est guère possible d'attribuer à autre chose qu'à une infection éberthienne et qui est trop accusée pour pouvoir être considérée comme un « petit » symptôme de la période d'incubation.

Ces cas de fièvre typhoïde à retardement sont intéressants en ce qu'ils nous font assister à une phase de la lutte entre l'organisme et l'agent infectieux, lutte qui se prolonge plus qu'il n'est habituel, les forces en présence se faisant à peu près équilibre. Il est à présumer que les fièvres typhoïdes ambulatoires sont celles qui se terminent par la victoire de l'organisme sans que les symptômes habituels de la dothientherie aient pu se manifester. Il nous paraît probable que ces formes sont plus fréquentes qu'on ne l'admet en général.

Quant aux fièvres typhoïdes à retardement elles sont sans doute plus rares et il faut l'heureux hasard d'une hémoculture positive précoce pour que le clinicien les puisse distinguer des fièvres typhoïdes à incubation prolongée qui ne sont point très exceptionnelles.



BIBLIOGRAPHIE

- BENOIT Fièvre typhoïde. Asthénie chronique et incurable. Gazette des Hôpitaux, 11 sept. 1926.
- BOUILLARD Deux cas de fièvre typhoïde simulant une tuberculose pulmonaire. (Thèse de Paris, 1922).
- BORELLI & JACCOURD La fièvre typhoïde sudorale à forme bénigne. Semaine méd. 10 février 1897.
- CHANTEMESSE Act. Fièvre typhoïde. Traité de médecine de Bouchard, T. 1., p. 751, Paris 1891.
- DE LAVERGNE La fièvre typhoïde. Arch. de méd. et de pharmacie militaire 1921, p. 404.
- GARNIER & TULLY Rôle des bacilles typhiques dans l'étiologie des ictères infectieux. Revue de médecine 1920, p. 129.
- JABIOL Les associations dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris 1920.
- MICHELEAU L'infection typhoïde prolongée hypopyrétique. Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux 1922, p. 206.
- PELL Tuberculose et fièvre typhoïde. Ann. de méd. 1924, p. 151.
- UBAGO La fièvre typhoïde et ses formes. Rev. de méd. et d'hyg. trop. 1922, p. 241.
- WEILL Les états typhiques. Acad. de méd. 1922, p. 196.
Abdominal typhoïde fever with atypical eruption. B. 1, Trussewitch Woch. Gaz. 31-267-269, feb. 28, 27.
Estival typhoïde exanthem, 2 cases (d'Oelritz). Bull. Acad. de Med. Paris 98, 505-510, nov. 29, 27.
- LAYRE DUFAU Thèse de Montpellier 1899. La fièvre typhoïde à forme bénigne.
-